

Éthique et assistance médicale à la procréation

René Frydman

*Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction,
CHU Antoine-Béclère, AP-HP*

Résumé

Traiter une infertilité est un objectif médical louable, mais incontestablement les progrès scientifiques liés à l'assistance médicale à la procréation ont choqué nos consciences du fait de nombreuses remises en question fondamentale : Quand commence la personne humaine ? Qu'est-ce qu'une multifiliation ?

Depuis vingt-cinq ans, d'importants débats ont eu lieu. Des comités d'éthiques locaux se sont créés et, en 1983, un Comité national d'éthique des sciences de la vie a vu le jour. Enfin, une loi dite « de bioéthique » est parue en juillet 1994, renouvelée en août 2004. Le terme « assistance médicale à la procréation » a soulevé bien des passions, tantôt l'espérance, tantôt l'inquiétude.

Traiter la stérilité du couple

L'espérance : pour les médecins chercheurs, engagés dans l'aventure des procréations médicalement assistées, il s'agissait - et il s'agit toujours - de traiter une situation ressentie comme pathologique : la stérilité du couple. Face à l'ordre naturel défaillant, une solution audacieuse, la fécondation *in vitro*, a été envisagée il y a maintenant plus de trente ans afin de dépasser certains obstacles mécaniques empêchant la rencontre des gamètes. Espoir, certes, qui nécessite, pour se réaliser, de maîtriser la connaissance des mécanismes intimes des phénomènes. Cependant, cette force qui pousse vers la connaissance chercheurs et médecins, amène parfois sur des terrains inconnus d'où surgit l'inquiétude.

En développant l'insémination artificielle, le don de sperme, le don d'ovocytes, la congélation d'embryons, l'injection intracytoplasmique, le diagnostic préimplantatoire, la maturation *in vitro*, les médecins ont sans doute transgressé l'ordre des choses. Ils ne voulaient d'abord que parer à certaines stérilités et en arrivent maintenant à bouleverser la morale et le droit, voire certaines représentations anthropomorphiques de l'homme. Ils ont sous-estimé ces évidences en transformant les conditions de la reproduction, en introduisant une tierce personne dans le couple ou en figeant la vie par le froid qui la place hors du temps. Ils rendent de fait possible une série de situations, naguère inimaginables, qui bouleversent l'idée même de filiation.

Si, initialement, on a crié au miracle devant cette fécondation faite hors la mère et si, ultérieurement, on a condamné la fécondation *in vitro* sous prétexte qu'elle dissocie l'acte sexuel de l'acte procréatif, aujourd'hui, les passions s'apaisent et une voie raisonnable s'impose, peu à peu, à tous.

Depuis le début des années 70, de nombreuses méthodes d'assistance médicale à la procréation ont subi un essor important, particulièrement en France. Ces méthodes se sont développées en dehors d'un cadre législatif ou réglementaire et les nombreux problèmes posés par ces techniques ont conduit les médecins à une réflexion éthique approfondie sur leur pratique.

La plus ancienne de ces méthodes est l'insémination artificielle avec donneur (IAD). Elle a été prise en charge dès 1973 par les CECOS qui ont proposé, d'emblée, une réflexion éthique sur son bien-fondé.

D'autres techniques d'AMP sont apparues dans les années 1980, avec en particulier la fécondation *in vitro*. Cette étape vers la maîtrise de la procréation a suscité de vives réactions dans nos sociétés. De nombreux pays ont choisi de mettre en place rapidement une législation en espérant un meilleur contrôle de ces méthodes. Une réflexion à l'échelle européenne est toujours en cours. Mais force est de constater que peu d'observatoires d'évaluation ont été mis en place.

En France, le Comité national d'éthique a traité certains aspects de ces AMP et a proposé plusieurs recommandations. De leur côté, les professionnels de l'AMP ont présenté une plate-forme éthique dont l'objectif était d'énoncer les grands principes en matière de procréations médicalement assistées et d'en fixer les limites dans un cadre strictement thérapeutique. Depuis, l'Agence de biomédecine a été créée en mai 2005. Elle a pour mission d'encadrer et d'évaluer les pratiques de l'AMP en France.

Principes généraux

Il y a quelques années encore, l'éthique médicale avait pour référence le serment d'Hippocrate: le médecin était seul responsable devant son patient et devait agir, en son âme et conscience, dans le seul intérêt de son patient. Le développement des nouvelles techniques a rendu ces règles déontologiques insuffisantes. En effet, le médecin et le patient ne sont plus tout à fait seuls : le premier a besoin d'une équipe médicale et le deuxième est entouré d'un environnement social et économique qui le détermine considérablement. Ainsi, les règles déontologiques qui doivent guider la pratique des AMP doivent-elles répondre à ces nouvelles exigences : réflexion et décision collégiale dans le respect du patient et en accord avec les règles socio-économiques de nos sociétés.

L'AMP fait appel à des équipes pluridisciplinaires associant tout particulièrement cliniciens et biologistes de la reproduction.

Consentement éclairé

Cela signifie, d'abord, que les principaux acteurs des AMP (les couples infertiles) aient été dûment informés des méthodes proposées, de leurs risques éventuels et qu'ils aient donné leur accord préalable à tout ce qui sera réalisé à partir de leurs gamètes. Le médecin doit s'assurer de ce consentement, qui doit être renouvelé pour les deux partenaires à intervalles réguliers, en particulier en cas d'embryons congelés.

Ce premier principe appliqué aux couples demandeurs d'AMP entraîne une obligation de transparence des résultats des techniques proposées. Les couples doivent recevoir une information, la plus complète possible, sur les méthodes utilisées, notamment, sur leurs principes et les raisons de leur choix. Les résultats escomptés doivent être annoncés en taux de naissances attendues par cycle débuté ou en taux cumulatif sur une période fixée. Les résultats fournis doivent être ceux du centre adapté au type de traitement utilisé et de la situation individuelle du couple. Le médecin doit s'assurer qu'il ne crée pas d'espoir injustifié, notamment lors d'instaurations de traitements lourds aux résultats peu favorables. Le couple est informé des risques éventuels de grossesses multiples et de risque pour sa santé (hyperstimulation ovarienne, tendance non encore formellement démontrée au cancer de l'ovaire au-delà d'un certain seuil de stimulation, etc.).

Dans le cadre de l'autoconservation de gamètes ou d'embryons, il convient de rappeler que l'équipe médicale n'est que la dépositaire des gamètes ou embryons confiés. Les couples doivent être contactés chaque année concernant ces derniers et restent responsables de leur devenir. Les donneurs de gamètes et d'embryons doivent, de même, recevoir une information précise sur les conditions du don. En outre, ce consentement doit être totalement libre. Il est donc nécessaire de prêter une attention particulière sur le rôle du pouvoir médical : les éventuels donneurs de gamètes ne doivent pas attendre les bénéfices directs de la part du médecin qui organisera ce don. La législation française insiste sur le caractère gratuit et anonyme du don de gamètes ou d'embryons.

Cadre thérapeutique

Les AMP ne sont utilisées que dans un cadre exclusivement thérapeutique. Les AMP ne sauraient être un nouveau mode de procréation : elles ne sont qu'une solution face à l'impossibilité

d'obtenir un enfant naturellement. Ces méthodes ne peuvent donc s'adresser qu'à des couples hétérosexuels, ayant un projet parental. La définition de l'infécondité devra être rappelée au couple et la médecine de la reproduction ne devra prendre sa place que dans le cadre de la pathologie. Il conviendra, ainsi, d'éviter les médications abusives et prématurées avant une étude suffisante de la fertilité du couple et un bilan clinique et para-clinique complet. Il conviendra, également, d'éviter les médications abusives et inutiles en raison de l'absence de chance réelle de succès. Le couple sera averti de l'influence de l'âge de la femme sur les résultats des traitements : une diminution notable des résultats est observée après 38 ans et particulièrement drastique après 42 ans. La prise en charge médicale et déconseillée au-delà de la 42^e année.

Le bilan pré-AMP (échographie ovarienne, bilan hormonal féminin et bilan masculin) permet à la fois d'évaluer les chances de succès selon les types d'AMP proposés et d'optimiser les conditions de son déroulement. Une mention particulière est faite concernant la recherche des risques de transmission de certaines affections graves à l'enfant à naître (génétique ou infectieuse), en particulier la séropositivité VIH. Le diagnostic préimplantatoire ne peut être réalisé que dans les centres agréés (trois en France en 2005).

Responsabilité sociale

Toute demande d'AMP doit être analysée en fonction de l'intérêt de l'enfant à venir. Toute disposition sera prise afin de prévenir les risques des grossesses multiples de haut rang. Comme dans toute pratique médicale, les médecins pratiquant les AMP doivent être conscients de leur responsabilité au sujet des individus qu'ils prennent en charge, mais aussi, au sujet de la société. Dans ce sens, les techniques les plus simples et les moins coûteuses (induction, IAC) doivent être préférées, à chances équivalentes (en taux cumulatif), aux techniques plus lourdes (FIVETE). Les acteurs de l'AMP doivent savoir amener les couples à l'abandon de la médicalisation après un bilan défavorable des tentatives et proposer des solutions alternatives (don, adoption).

Non-commercialisation

Enfin, les déclarations des Droits de l'homme nous amènent à réaffirmer la notion de non-commercialisation des produits du corps humain. Les dons de gamètes et d'embryons ne peuvent donc être réalisés qu'en l'absence de toute idée de profit. La gestation pour autrui (les mères porteuses) n'est pas acceptée en France.

Recherche

La recherche en vue de l'amélioration des résultats de l'AMP est licite dans certaines conditions :

- Le couple doit être informé de sa participation à un essai thérapeutique. Toute nouvelle molécule proposée le sera dans le cadre de la Loi. Toute nouvelle proposition thérapeutique sera soumise à l'avis d'un Comité consultatif de protection de personnes.
- Le couple doit pouvoir donner un consentement éclairé par écrit après un délai de réflexion.
- Il est recommandé que, devant certaines techniques nouvelles, la méthode puisse d'abord être validée par des équipes particulièrement habilitées dans le cadre de protocoles ayant été soumis à un comité d'éthique.
- En toutes occasions, des essais comparatifs, si possible prospectifs et randomisés, doivent être conduits.

La recherche sur l'embryon (ou zygote) humain est possible dans la Loi d'août 2004. Nous rappellerons qu'il n'est pas licite de produire des embryons en dehors d'un projet parental et que tout projet de recherche sur l'embryon humain doit être soumis à l'Agence de biomédecine. Le droit à l'expérimentation sur le zygote humain doit permettre d'améliorer les performances de la FIV.

Aujourd'hui, nous avons une méconnaissance qualitative des potentialités de chaque zygote ce qui amène à transférer trop d'embryons de manière à s'assurer d'un taux de grossesses acceptables. Mais, en contrepartie, le pourcentage de grossesses multiples est élevé. Une connaissance de leur potentialité (étude de l'influence du milieu, expression de certaine gène) permettra de réduire le nombre de zygote humain à transférer. À l'inverse, il ne s'agit pas d'obtenir un droit sans contrôle à expérimenter sur le zygote humain. Mais, dans un cadre précis et transparent, c'est la seule façon d'étudier la fertilité humaine et d'apporter un soulagement aux souffrances qu'amène la stérilité du couple. Ainsi, pour reprendre les paroles de Jean Bernard : *« Entre les Ponce Pilate de la science et les chercheurs désespérés, se dessine le troisième point, celui de la responsabilité, c'est-à-dire de la maîtrise de la Reproduction humaine tant au niveau individuel que collectif »*.

L'éthique peut, aujourd'hui, donner un cadre serein à la réflexion sur le devenir de l'homme. L'homme a toujours été capable d'utiliser en mal les progrès de la connaissance, mais l'avancée technique n'est pas porteuse, en soi, de barbarie. L'énergie atomique peut être pacifique ou destructrice. Plus simplement, un train peut transporter des déportés dans un camp d'extermination ou des personnes en vacances (Charles Thibault). Les interdictions définitives de progrès scientifiques, de crainte que quelques déviations facilement

identifiables se produisent, relèvent en fait de non-assistance à personne en danger. Cependant, l'éthique n'est pas figée et s'adapte à l'évolution des sociétés. À ce jour, une centaine de thématiques sont toujours en discussion. Faut-il être en couple pour bénéficier d'une AMP ? Les couples homosexuels peuvent-ils en bénéficier ? La mère porteuse ou gestation pour autrui est-elle condamnable ? Le choix du sexe de l'enfant doit-il être interdit ? Le don de gamètes doit-il être anonyme et forcément gratuit ? Finalement, cette crainte ne révèle qu'une opposition à ultra-libéralisme tout puissant qui s'exprime par : « *Je suis seul à décider de ce qui est bien pour moi et mon enfant* ».

La médecine peut donc se présenter comme un prestataire de service qui devient un élément du marché mondial, une suite de confrontation entre l'offre et la demande ou, alors, comme une pratique qui découle d'une réflexion plus collective (ce qui est bien pour l'équilibre des couples et de l'enfant), et ne décide d'intervenir que lorsqu'il y a souffrance, rupture avec le cours normal des choses en évitant, ainsi, de n'être juste qu'une réponse à ce qui ne serait que désir de convenance. Les possibilités scientifiques offertes pour les cellules souches embryonnaires, la création de néogamètes, les enfants dits du double espoir, la préservation de la fertilité par congélation de tissu ovarien ultérieurement réimplanté, sont quelques-unes des questions éthiques qui devraient être débattues dans les années à venir, à l'aune de plusieurs piliers éthiques, un libreaccès médical pour tous et une non-utilisation mercantile du corps humain. Le contraire aboutirait à l'assouvissement des plus faibles aux plus forts. Et, pourtant, de nouvelles situations sont à prévoir car, le progrès des connaissances est une force irrépessible et imprévisible.

Pour reprendre la proposition du Mouvement universel de la responsabilité scientifique que préside Jean Dausset, il ne peut être question d'arrêter, voire de ralentir cet élan instinctif vers la connaissance qui constitue l'honneur de l'homme. En conséquence, il ne saurait être question de limiter la recherche et l'avance scientifique car, toute connaissance est une libération de nombreuses servitudes, et c'est pour cela que le progrès existe bel et bien. En revanche, c'est sur l'utilisation des connaissances qu'il faut porter notre réflexion et notre attention afin de toujours les restituer dans le respect du droit de l'être humain. Ainsi, la science s'appuie sur l'éthique afin de soutenir le temple de la raison. L'équilibre n'est pas encore parfaitement trouvé car, c'est un domaine évolutif. L'important est que l'on veuille bien garder une sage témérité : c'est l'humanisme scientifique qui est à l'ordre du jour.